

FORMULARIO 1-B Acuerdo Sobre la Responsabilidad del Empleado Condicional o Empleado de Alimentos de Informar a la persona a cargo de Síntomas o Enfermedades Alimentarias.

Prevención de Transmisión de Enfermedades a través de Alimentos por Empleados Condicionales o Empleados de Alimentos Infectados con Énfasis en Enfermedades por Norovirus, Salmonella Typhi, Shigella spp., Escherichia coli productor de toxina Shiga (STEC), Salmonella no tifoidea y Virus Hepatitis A.

El propósito de este acuerdo es para informar a los empleados condicionales o empleados de alimentos sobre su responsabilidad de notificar la persona a cargo cuando ellos sufren con cualquier de las siguientes condiciones descritas para que la persona a cargo pueda tomar las medidas apropiadas para prevenir la transmisión de enfermedades alimentarias.

YO, ESTOY DE ACUERDO EN INFORMAR A LA PERSONA A CARGO DE:

Los siguientes síntomas si ocurren mientras estoy trabajando y no trabajando, incluyendo la fecha del comienzo de síntomas:

1. Diarrea
2. Vomito
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortadas, lesiones, heridas infectadas, o con pus en las manos, muñecas, u otras partes expuestas del cuerpo y la cortada, lesión, o herida no están apropiadamente cubiertas (*como forúnculos y heridas infectadas, aunque sean pequeñas*).

Diagnósticos Médicos Futuros:

Cuando sea diagnosticado con una enfermedad de Norovirus, fiebre tifoidea (Salmonella Typhi), Shigellosis (Shigella spp), infección por Escherichia coli O157:H7 u otras infecciones de EHEC/STEC o Hepatitis A (virus de hepatitis A).

Si estoy expuesto a patógenos que causan enfermedades alimentarias en el futuro

1. Si estoy expuesto o sospechoso de causar cualquier brote confirmado de enfermedad alimentaria de Norovirus, Fiebre Tifoidea, Shigellosis, E.coli O157:H7 u otros infecciones de EHEC/STEC o Hepatitis A.
2. Un miembro de mi familia fue diagnosticado con Norovirus, Fiebre Tifoidea, Shigellosis, infecciones de EHEC/STEC o Hepatitis A.
3. Un miembro de mi familia asistió o trabajo en un establecimiento donde se ha confirmado un brote de enfermedad Norovirus, Fiebre Tifoidea, Shigellosis, E.coli O157:H7 u otras infecciones de EHEC/STEC o Hepatitis A.

He leído (o me han explicado) y entiendo los requisitos relacionados a mis responsabilidades bajo el **Código Alimentario** y este acuerdo para cumplir con lo siguiente:

1. Reportar sobre los requisitos especificados anteriormente que involucran síntomas, diagnósticos y exposición especificadas;
2. Restricciones y exclusiones de empleo que se me impongan y
3. Buenas practicas de higiene

Yo, entiendo que, si no cumplo con los términos de este acuerdo, esto podría provocar que el establecimiento de alimentos o la autoridad reguladora de alimentos tomen medidas que puedan poner en peligro mi empleo y que puedan incluir acciones legales contra mi persona.

Nombre de Empleado Condicional (letra de molde) _____

Firma de Empleado Condicional _____ **Fecha** _____

Nombre de Empleado de alimentos (letra de molde) _____

Firma de Empleado _____ **Fecha** _____

Firma del Dueño o Representante _____ **Fecha** _____